EL DESIDERATUM

DE LA

MODERNA ESCUELA TOCOLÓGICA MEXICANA

TÉSIS

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

EN EL CONCURSO ABIERTO
PARA OPTAR LA PLAZA DE ADJUNTO Á LA CLASE DE OBSTETRICIA
DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

POR

GENARO ALCORTA



MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON,
Calle de Lerdo número 3.

1882

Sr. Dr. D. Miguel Muñoz

EL DESIDERATUM

DE LA

MODERNA ESCUELA TOCOLÓGICA MEXICANA

TÉSIS

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

EN EL CONCURSO ABIERTO
PARA OPTAR LA PLAZA DE ADJUNTO Á LA CLASE DE OBSTETRICIA
DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

POR

GENARO ALCORTA



MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON,
Calle de Lerdo número 3.

1882

Á LA MEMORIA DE MIS PADRES

Miguel

Recibe esta como prueba del
cariño de tu amigo

[illegible]

Nobre 14 de 1882

L estudio de todos y cada uno de los actos encomendados á la naturaleza es la expresion genuina y sencilla con que ella ordena las causas y produce los efectos; sencillez que desaparece desde el momento en que la cadena que los une se halla interrumpida por la falta de alguno ó algunos de sus innumerables eslabones. Así pasa, á no dudarlo, en todos los fenómenos naturales, y el hombre tiene de ello la demostracion en cualquier acto que ejecuta, pues la confirmacion es la inmensa dificultad que le sale al encuentro cuando se separa de la via marcada por la naturaleza.

Lo expuesto tiene su ejecutoria en el arte de los partos; si el partero no la imita fielmente, sus trabajos no tienen feliz éxito: grande es, por lo tanto, el objeto de la moderna Escuela tocológica mexicana, cuando prescribe el amoldar todos sus actos en los procedimientos de la naturaleza. Nuestro tema será la exposicion de sus ideas con relacion al mecanismo del trabajo, y en consecuencia su *desideratum*.

Para analizar convenientemente la cuestion es preciso seguir el órden con que la naturaleza, y á su imitacion la Escuela tocológica mexicana, ha considerado la manera con que el producto se aboca y luego es expulsado. 1ª Presentacion cefálica. 2ª Presentacion pelviana. 3ª Presentacion de tronco; y 4ª Presentacion facial. Detengámos en el me-

canismo del trabajo en cada una de ellas, y apuntemos sus ventajas é inconvenientes.

ABOCAMIENTO CEFÁLICO.—En la presentacion cefálica el mecanismo consiste en la reduccion de volúmen del ovoide cefálico y en el abocamiento de éste, de tal manera que sus diámetros menores se conjuguen con los mayores del canal que tiene que recorrer; en el amoldamiento perfecto de todas y cada una de las partes del producto en las del canal; circunstancias que se llenan perfectamente en vista del modo con que en esta presentacion se verifica la dilatacion del cuello uterino, y en la conservacion de la fuente, pues la cabeza, una vez rotas las membranas, ocupa el estrecho, y de ahí que el líquido amniótico sólo se derrame en pequeña cantidad; lo cual hace que todos los actos del trabajo se sucedan con órden y regularidad. Mas es muy importante hacer notar que cuando algunas de las condiciones expresadas faltan ó se invierten, como, por ejemplo, cuando la bolsa de las aguas se rompe ántes de la completa dilatacion del cuello, el trabajo tiene que ser más largo que de ordinario, lo cual fácilmente se comprende pues el parto comienza entónces por donde debe concluir. Hay además otras circunstancias inherentes á los fenómenos mecánicos, que ya aceleran, ya retardan el trabajo. La presentacion cefálica, como todas las demas presentaciones, segun lo ha establecido la Escuela mexicana, siguen una ley invariable, y ésta es, que *los diámetros largos del ovoide fetal descienden paralelamente á los diámetros oblícuos del canal, y salen paralelos á los diámetros longitudinales:* esta ley es la que explica la facilidad y violencia relativa del parto en las presentaciones cefálicas anteriores, esto es, en aquellas en que el occipucio mira hácia delante, á derecha ó á izquierda; esta misma ley explica el retardo proporcional en las presentaciones cefálicas posteriores, esto es, aquellas en que el occipucio mira hácia atrás, á derecha ó izquierda. En las anteriores, una vez verificada la flexion de la cabeza, que tiene por objeto cambiar el diámetro occípito-frontal, de 0m115, por el suboccípito-bregmático, de 0m095, diámetro más pequeño que el anterior, y que viene á conjugarse con uno de los oblícuos, de 0m0,12,

del estrecho superior; conjugacion que tiene de verificarse así porque las presentaciones *directas* y las *trasversales* no existen en México sino de una manera transitoria tratándose de fetos maduros y de pelvis normalmente conformadas, pues en ellas el promontorio, regulador por excelencia de todos los abocamientos, hace que los ovoides cefálico y fetal giren en direccion de uno de los diámetros oblícuos, el izquierdo ó el derecho, y una vez situados en esa direccion el descendimiento sucesivo se verifica sin dificultad y su expulsion tiene lugar fisiológicamente, porque á poco andar la pared posterior del cuello del feto mide la anterior del canal, y no encontrando resistencia, la cabeza báscula, se extiende y sale del recinto pelviano sin tropiezo. Cuando las cosas no pasan de esta manera hay que creer desde luego que á ello se opone la contraccion espasmódica del orificio uterino, la insuficiencia de las contracciones de la matriz, la cortedad natural ó accidental del cordon, ó, lo que es comun entre nosotros, la mayor altura del cuerpo del púbis, la procidencia de un miembro ó la resistencia de las membranas, accidentes todos, cuyo diagnóstico verificado, ponen en manos del partero los medios infalibles para anular su influjo, los que no mencionaré aquí porque no caben en el programa del presente trabajo.

Por fortuna en México la mogostocia pélvica clásica se observa raras veces, y al contrario es frecuente el *abarrotamiento.*

En las posiciones occípito-posteriores la flexion de la cabeza tiene el mismo objeto que en las anteriores, pero su marcha varía: ya el occipucio gira hácia delante (de izquierda á derecha, ó vice versa, segun la direccion en que se encuentra primitivamente colocada), y entónces el parto se resuelve como en las cefálicas anteriores, aunque con alguna lentitud en atencion al tiempo que naturalmente demanda la mayor distancia: pero si esto no sucede, la tardanza aun es mayor todavía, porque el descenso del occipital (y de la cabeza como consecuencia) se hace por la pared más alta del canal, 0,25 centímetros, que es la distancia que separa al promontorio de la comisura posterior de la vulva. Agrégue-

se á esto el encaje de los hombros, indispensable en esta situacion, y el exceso de energía uterina que la situacion demanda, y desde luego se notará la diferencia entre la primera y la segunda de estas resoluciones; las ventajas de la una y los inconvenientes de la otra.

El descendimiento de la cabeza en las circunstancias dichas no termina sino hasta que el occipucio asoma por la comisura posterior de la vulva, y para que eso llegue á suceder se requiere: 1º, una flexion muy exagerada de la cabeza: 2º, que la region fronto-bregmática se apoye en el arco pubiano, y 3º, que las contracciones redoblen el esfuerzo para que el occipucio recorra los 0m25 que mide la curva sacro-perineal, ó sea la pared posterior del canal pelviano.

Una vez expulsada la cabeza comienza la salida del tronco, que en toda presentacion cefálica se hace del mismo modo y sigue exactamente aquella parte de la ley de expulsion que entre nosotros exige que *los diámetros largos del ovoide fetal salgan paralelos á los longitudinales del canal;* razon por la que los diámetros bis-acromial y bis-iliaco (ambos de 0m95) se conjugan con el antero-posterior del estrecho inferior, que mide 0m135.

Hecho, aunque someramente, el juicio comparativo de la dinamia del parto en las posiciones anteriores y posteriores de la presentacion cefálica resulta la situacion mucho más favorable para las primeras que para las últimas, aunque haya siempre una comun ventaja en éstas y aquellas, á saber: que el parto comienza por la cabeza, que sirve de cuña dilatadora, la más apropiada region para el caso pues es dura y resistente, y á más forma un todo continuo con el tronco por intermedio del cuello.

De esta continuidad anatómica y de la flexion de la cabeza resulta que las contracciones uterinas ganen en potencia lo que pierden en resistencia. Pero si este es el resultado ineludible en los abocamientos occípito-anteriores, no sucede lo propio en los occípito-posteriores, tanto por las razones ya expuestas, cuanto por la situacion misma que guarda el producto, cuya expulsion ni es tan fácil como decia Antonio Petit, ni tan imposible como juzgaba Capu-

ron, quien creia que el parto en posicion occípito-posterior directa nunca podia verificarse naturalmente, y sí sólo con auxilio del fórceps. Tales eran, igualmente, las ideas de Baudelocque, opuestas en todo á las de Merriman, Dugés y algunos otros parteros. La Escuela tocológica mexicana, ecléctica por excelencia, cree, con Madame Lachapelle, que generalmente el parto se verifica naturalmente, y que si algunas veces interviene el arte, más que á las complicaciones se debe á la lentitud del trabajo y al consiguiente cansancio de la matriz, pues aquellas son las mismas que en las presentaciones anteriores; miéntras que la morosidad y la fatiga son causa de la muerte del feto, por su permanencia prolongada en el canal, y éste á su turno es el sitio de escaras gangrenosas, de fístulas consecutivas y de otros accidentes más ó ménos graves. Interesa fijar bien estas ideas, porque autores como Naegelé y Grenser, por ejemplo, juzgan la cuestion de distinta manera. Para ellos el trabajo en posiciones anteriores ó posteriores está colocado en las mismas condiciones dinámicas; lo que evidentemente es inadmisible, pues cuanto se ha dicho demuestra que las primeras las anteriores, son con mucho más favorables que las posteriores.

Abocamiento pelviano.—Para comprender lo relativo al mecanismo del trabajo del parto en la presentacion pelviana es necesario saber todas sus particularidades, sobre cuyos puntos la Escuela tocológica mexicana tiene ideas muy especiales y en nuestro concepto superiores á las de las Escuelas europeas.—La extremidad pelviana está constituida por las regiones glúteas, y además por los piés, que vienen á aplicarse hácia su parte anterior por la doble flexion de los muslos sobre el vientre y de las piernas sobre los muslos. Desde luego excluimos las presentaciones de piés y de rodillas, porque tratándose de partos de fetos maduros y de mujeres bien conformadas es materialmente imposible que el claustro materno pueda contenerles totalmente extendidos ó arrodillados, midiendo aquellos 0m45 y el eje longitudinal uterino 0m35 ó 0m40, sin contar con el espesor de la masa placentaria; de donde se infiere que sólo los

fetos pequeños é inmaturos pueden abocarse de tal suerte (aborto, parto prematuro).—Siendo el sacro el punto de mira elegido para la presentacion pelviana, como el occipital lo es en la cefálica, resulta que puede estar colocado ya hácia adelante, á derecha ó izquierda, ya hácia atrás, en éste ó aquel sentido.

En este parto, como en los de vértice, el primer efecto de los fenómenos mecánicos empieza por la reduccion de volúmen de la region abocada, las nalgas, y, por concomitancia, con la flexion de la cabeza, lo cual ayuda á que los efectos de la potencia sean más efectivos: esto es elemental; pero pasado este momento comienzan los peligros y las dificultades que van aumentando á medida que el trabajo avanza. —Este parto es rico en aguas y pobre en fuerzas: con efecto, la fuerza se pierde á causa de su difusion, pues aun cuando el producto forma un todo de forma ovoide, la extremidad abocada, poco resistente, no reune las condiciones de cuña, cual con la region cefálica sucede, por una parte; y por otra, ni las dificultades van aquí de más á ménos, sino al contrario, ni el asiento obtura al canal pelviano. De aquí proviene la abundante pérdida de agua amniótica, y del conjunto de las circunstancias expuestas, el que la dilatacion y lo demas del parto se verifique con lentitud é irregularidad.

Al ocuparnos del parto por la region cefálica debe haberse notado que no señalamos ningun inconveniente sino hasta el momento de la extension y salida de la cabeza; ahora nos es imposible seguir la misma ruta porque en el parto pelviano los inconvenientes generalmente comienzan desde el principio, aun en el supuesto de que no existan complicaciones extrínsecas. Continuando el trabajo, estando la dilatacion ya completa, y suponiendo que el partero haya tomado todas las precauciones exigidas para este parto, viene la rotura de la fuente amniótica, y, como ya se ha dicho, se derrama luego gran parte del contenido líquido: primer peligro, cuya trascendencia se comprende sin grandes esfuerzos: sea lo primero, la compresion de las placentas fetal y materna contra la cabeza del producto; sea lo segun-

do, la retraccion de la zona polar superior de la matriz donde está radicado el esfuerzo expulsivo mayor, pues allí nace para morir á poco, y para hacer tambien morir al producto, cuya asfixia comienza desde el mismo instante que los cambios osmóticos empiezan á hacerse irregulares é incompletos; entretanto el trabajo avanza, los diámetros largos descienden oblícuamente, y el bis-iliaco y el bis-acromial, ambos de 0m095, se conjugan con uno de los oblícuos; el tiempo pasa, y por fin, en medio de los peligros ántes dichos, la cabeza se aboca con el estrecho superior cumpliendo con la ley de expulsion, quiere decir, doblada; mas al llegar á este paso crece el peligro: la compresion del cordon umbilical, iniciada desde que el tronco empieza á salir, es más inminente cuando la cabeza penetra en la excavacion porque el tallo funicular queda cogido entre dos superficies igualmente resistentes. Por último, la expulsion se demora por simple cansancio uterino ó porque se presenta algun nuevo contratiempo, como la extension de los brazos, la de la cabeza, ó porque la acomodacion no se realiza cual debe ser, adaptándose la pared posterior del cuello á la anterior del canal pélvico.

El partero debe prestar entónces sin demora los necesarios auxilios, porque de no intervenir el feto sucumbirá sin remedio. No termina con esto todavía el siniestro cuadro: la infeliz madre queda expuesta á los peligros que acarrean los partos morosos y los manuales.

Todo lo dicho se ha referido á una presentacion pelviana sacro-anterior en la que la bolsa de las aguas no se reviente sino llegada su madurez. Cuando es sacro-posterior los peligros son mayores, porque á los ya dichos, cuando la cabeza no gira, hay que agregar los de la salida de la cabeza en posicion occípito-posterior que ha poco hemos apreciado. La salida del meconio casi al acabar de romperse las membranas justifica esta manera particular de ver de la moderna Escuela tocológica mexicana, que ninguna otra ha apreciado así, y que á no dudarlo es el *grito de alerta* que advierte al práctico el momento del peligro y da la señal del combate.

Lo expuesto hace ver que los peligros del parto pelviano empiezan desde que se inaugura el período de expulsion, aun suponiendo que el agrupamiento de la extremidad pelviana se haya verificado lo mejor posible para que la dilatacion del cuello uterino y los demas actos del trabajo sean regulares: y si así es muy peligrosa, ¿qué sucederá si llegase á faltar alguna de las condiciones con que el parto propiamente eutócico está caracterizado? ¿Qué sucederá si, como es tan comun en esta clase de abocamiento, el cordon umbilical cae impulsado por la violenta salida de las aguas? ¿Y qué sucederá, por último, si la cabeza es presa de una contraccion espasmódica del útero una vez expulso el tronco? Todo lo hasta aquí apuntado prueba las ventajas del parto por el vértice sobre el agripino, y es por esta razon un *desideratum de la Escuela mexicana* convertir en cefálicas las presentaciones pélvicas; recurso puesto en ejecucion siempre que se ofrece y generalizado únicamente por la Escuela referida, como lo comprueba la práctica diaria del Hospital de Maternidad, en donde se ejecuta la admirable operacion denominada por nuestro partero el Sr. Rodriguez *inversion por maniobras externas*. Y he dicho que únicamente México tiene esa gloria, porque los últimos autores que de la version *por maniobras externas* tratan están muy atrás de nosotros en lo relativo á la época y resultado de las maniobras. Mr. Pinard, estadística en mano, dice que no ha logrado fijar todas las cabezas, y Mr. Playfair duda todavía que pueda llevarse á cabo la operacion á que hacemos referencia. Entre nosotros no tiene esto duda: ella se disipa concurriendo á la Clínica Obstetricial donde el Profesor Rodriguez siempre que el caso lo requiere la ejecuta con éxito. Es muy interesante fijar la atencion en cómo debe considerarse el parto pelviano porque á pesar de lo expuesto, que es incuestionable, aun hay muchos que creen que *el parto por los piés*, como decian Dionis, Bounder y algunos otros, es más fácil que el parto por el vértice.

ABOCAMIENTO FACIAL.—La presentacion de cara puede tener las cuatro posiciones que hemos señalado, esto es, anteriores y posteriores, izquierdas y derechas. La Escuela me-

xicana cree, con Dubois y Stoltz, que para punto de mira debe preferirse la frente á la barba, porque esta manera de ver explica la derivacion genuina del abocamiento facial y simplifica la clasificacion.

Las dificultades en esta especie de parto comienzan desde la iniciacion del dinamismo, pues en lugar de que el volúmen de la region abocada con el canal disminuya (conforme generalmente se cree), aumenta, por el contrario, al revés de lo que pasa en el parto cefálico. En efecto; completado el movimiento de extension, el diámetro fronto-mentoniano, que mide 0m085, crece de 0m06 á 0m07, porque en virtud de la exagerada extension el diámetro externo-dorsal se continúa con el facial, lo que da un total de 0m145 á 0m155, dimension del diámetro abocado, que no encuentra en el canal otro semejante con quien conjugarse.

En semejantes circunstancias ningun fenómeno mecánico seria posible si gracias al movimiento de rotacion la cara no se acercase al estrecho inferior é hiciese salir de allí la barba, ó sea el extremo anterior de tan enorme diámetro. Algunos autores, entre ellos Cazeaux, creen que si el descendimiento se verificase de tal suerte que la region abocada bajase en relacion con uno de los diámetros oblícuos podria llegar un momento en que la barba se encajara en la escotadura sciática correspondiente, con cuyo artificio bascularia el diámetro occípito-mentoniano que mide 0m135. Pero esto no puede verificarse tratándose de fetos maduros y pélvis regularmente conformadas, porque la barba no puede bajar entónces hasta la escotadura, en razon de que ésta dista del estrecho superior 0m05, y el cuello del feto mide apénas 0m035, lo único que en las condiciones supuestas puede descender aquella. Pero aun dado caso que llegara al lugar designado por el partero frances resultaria que el movimiento de rotacion no la podria sacar de allí, pues lo que sigue adelante está formado de partes huesosas resistentes, duras, que no ceden ni pueden ceder como las blandas que cierran la escotadura; en consecuencia allí quedaria la cabeza inmóvil, como enclavada. Con relacion á la idea de Cazeaux, esto es, que si la region facial descendiera oblícua-

mente el parto se verificaria, dirémos que la naturaleza, anticipándose de mucho tiempo atrás al buen deseo del autor citado, ha establecido esto precisamente como ley y no como excepcion. Si no se cumpliera con ella ningun parto, aun el más sencillo, podria hacerse; para eso la pélvis, urgida por el contenido, en el momento de fijar la acomodacion de la cabeza ó desde que el trabajo principia, toma una forma oblícua-ovalar. Lo expuesto hace ver que el parto por la cara en posicion fronto-anterior es penoso, dificultoso, que puede ser hasta imposible, y por lo mismo el partero debe llenar las indicaciones segun que se conserve intacta ó esté rota la bolsa de las aguas: si lo primero, intentará la *trasformacion*, segun el procedimiento del Sr. Rodriguez, y si la bolsa se hubiese roto y existiere la movilidad del feto hará la version por maniobras bipolares. Si no hay movilidad sólo queda el recurso de hacer una doble aplicacion de fórceps con objeto de traer la barba bajo del arco pubiano, y si la tentativa fracasare, lo cual es muy posible, sólo queda el triste recurso de ejecutar la craneotomía, la cefalotripsía con ó sin tracciones; siendo de advertir que en la maniobra rotatoria, la muerte del producto puede ser inminente cuando el movimiento determina la torcedura del cuello. Se habrá podido notar que respecto de esto no sólo hemos manifestado los peligros sino aun los medios de combatirlos, todo ello con la mira de que con la simple enunciacion pueda medirse la magnitud de los inconvenientes que el parto facial tiene tanto para el producto como para la madre.

En las posiciones fronto-posteriores aunque las dificultades sean semejantes no son idénticas, porque son superables, en atencion á que es más factible poner la region anterior del cuello en relacion con la posterior del púbis, y una vez que la barba llega á estar debajo del arco pubiano la flexion de la cabeza se hace, supuesto que puede bascular ya lo que dentro resta aún del diámetro occípito-mentoniano; lo demas del trabajo se efectúa conforme queda dicho en el parto de vértice. Lo expuesto ayuda á hacer comprender bien cuánto más fácil es el trabajo de expulsion en las

posiciones fronto-posteriores, y cuánta razon hay en querer y trabajar por que en las fronto-anteriores la barba gire adelante.

No cabe duda alguna de que las dificultades en el parto facial dependen de la irregularidad de los fenómenos mecánicos y de la enorme longitud del diámetro externo-mentoniano, que no tiene otro de las mismas dimensiones con quien pueda conjugarse en el canal; sin embargo, hay hechos que prueban que su conjugacion en circunstancias dadas no es imposible; tal es, por ejemplo, el que se verificó hace dos años en la Maternidad, cuya historia pasamos á referir sucintamente porque prueba nuestro aserto y porque además demuestra el solícito empeño de nuestra Escuela tocológica en realizar su *desideratum* siempre que se ofrece la oportunidad.

Isabel Hernandez, de 30 años de edad, natural de S. Juan del Rio, casada, multípara, ha tenido trece hijos, y sus partos han sido fisiológicos. A principios del mes de Mayo de 1879 entró al Hospital de Maternidad. Se diagnosticó embarazo avanzado á la última quincena del mes nono, abocamiento de vértice y posicion occípito-ilíaca izquierda anterior, ó sea la primera.

El trabajo de parto se inició el 13 de Mayo de 1879, á los pocos dias de su entrada al hospital. Hasta este momento nada notable hubo, pero una vez empezado el trabajo la partera Doña Josefa Lobo, persona inteligente y muy diestra, habiendo notado que el parto se prolongaba más de lo natural, vistas las favorables condiciones de la mujer y del producto, redobló su atencion y pudo conocer á tiempo que la cabeza, ya en la excavacion, se habia extendido, convirtiéndose la presentacion ántes dicha en *primera de cara*, esto es, *fronto-ilíaca-izquierda anterior.* Ratificado este diagnóstico intentó hacer la flexion de la cabeza, logrando realizar su deseo restituyendo al producto en la situacion favorable primitiva. Grande fué su gozo al conseguirlo, y desde ese momento, no se perdió de vista á la recien parida, pues interesaba á todos hallar la razon de por qué con auxilio de maniobras habia sido posible bascular en la excavacion al

gran diámetro occípito-mentoniano del feto maduro que se tenia á la vista.

Pasados algunos dias se pretendió hacer la pelvimetría digital y sólo se obtuvieron datos negativos por tratarse de una pélvis excesivamente amplia. La mujer rehusó someterse á la pelvimetría instrumental que se le propuso.

Igualmente se pesó al producto: la balanza marcó 3.170 gramos, y medidos sus diámetros se obtuvieron las siguientes dimensiones:

Longitud del producto	0m510
Occípito mentoniano	0,140
Occípito frontal	0,120
Occípito bregmático	0,095
Bipariatal	0,100
Bitemporal	0,090
Facial	0,090

A esta historia pudiéramos agregar otra de un hecho acaecido hace muchos años en las manos del respetable Director de la Escuela de Medicina, de mi maestro el Sr. Rodriguez y de los Sres. Lavista y Capetillo.

Una pobre mujer que vivia en un tendajon de la 1ª calle de la Pila Seca batallaba por dar á luz á su hijo (muerto hacia varias horas), abocado en primera posicion de cara: faltaban los dolores y la situacion no avanzaba un sólo paso. Iba á aplicársele el fórceps para extraer al feto por el procedimiento clásico, cuando el Sr. Ortega reconoció que con la mano podria convertirse en cefálica la presentacion facial y con esto evitar al ménos una de las aplicaciones de la pinza. Previa la anuencia de los circunstantes, acto continuo dobló la cabeza y el desembarazamiento terminó con felicidad.

No nos detendrémos en demostrar que estos dos casos son excepcionales. Si la ley general ha quedado infringida en uno y en otro, la satisfactoria explicacion del primero se halla en la exagerada amplitud de la pélvis, y la del segundo en la muerte del producto, circunstancia que determina la reducibilidad del volúmen de la cabeza por falta de resistencia y de tonicidad de los huesos de la bóveda cranea-

na y de las partes blandas, cuyas propiedades disminuyen notablemente cuando la vida se ausenta y la maceracion se inicia; considerandos que abogan por la ley general de que hemos venido haciendo referencia, y que, dígase lo que se quiera, por más que estos hechos se repitan, jamas podrán conmover los sólidos cimientos sobre que hoy se funda el conocimiento exacto del dinamismo eutócico. Las opiniones en contrario, de Portal, Mauriceau, Roederer, Velpeau, Madame Lachapelle y de otros más modernos, han caducado y no tienen ya razon de ser.

Presentaciones de tronco.—En las presentaciones de tronco estando colocado el producto trasversalmente con relacion al eje del útero y de la pélvis, las dos extremidades pelviana y cefálica se hallan situadas hácia los lados de la línea mediana, y por lo mismo en las respectivas fosas ilíacas. El punto de mira relativo de las posiciones, para nosotros, como para Madame Lachapelle, es cada uno de los hombros y no los codos, segun queria Dubois, y con razon: acostado el feto en la gran pélvis, y vistas sus dimensiones y las del producto, así como tambien la estructura de la pélvis, ninguna otra region del plano abocado puede ser antepuesta á los hombros con tal objeto; ellos son, en la inmensa mayoría de casos, los que se relacionan con los extremos de los diámetros oblícuos del canal. Sin embargo, alguna vez, como lo he visto este año en la Maternidad, el feto no guarda una situacion trasversa, sino oblícua; pero esto es meramente accidental ó debido á una oblicuidad de la matriz, cual acaecia en el caso aludido, porque aun despues de hecho el cambio de la presentacion *(conversion)* por maniobras externas se advirtió que el feto volvia ó tendia á recobrar su situacion primitiva, á lo que evidentemente contribuia mucho la falta de tonicidad de las paredes uterinas y abdominal; porque las situaciones viciosas del producto frecuentemente tienen por orígen el descuido tan comun de no mantener ajustado el vientre de las multíparas con una cincha ó corsé; punto de partida de esos vientres laxos, de esos vientres en figura de *alforja*, en cuyos casos se observan los vicios de presentacion y de posicion de que

nos venimos ocupando. Perdida una vez la identificacion de los ejes, el feto desliza, cae por falta de apoyo y se atraviesa en la gran pélvis. El tronco puede estar colocado con el dorso hácia delante ó hácia atrás, y la cabeza en la fosa ilíaca derecha ó en la izquierda; de lo que resulta que un mismo plano puede tener dos posiciones, ó de otro modo, cuatro entre los dos.

El parto en semejantes condiciones es imposible: la naturaleza sólo ofrece dos caminos para que se realice la expulsion del producto: uno, la *version* impropiamente llamada espontánea, que se verifica estando intacta la bolsa de las aguas, vivo y movible el feto: el otro, la *evolucion*, estando el feto muerto, fijo, y rota la fuente. La *evolucion natural* requiere además que la mujer sea multípara, que la pélvis sea amplia, y pujante la energía de las contracciones uterinas, puesto que ellas tienen que doblar el tronco del feto, hacerle girar adelante hasta encajar al hombro correspondiente bajo del arco pubiano, poner la pared lateral del cuello en relacion con la anterior del canal, obligar á la extremidad pelviana á bajar toda la curva sacro-perineal, y terminar, por último, empujando la cabeza como en el parto por el extremo pélvico. Cuando se ha visto una evolucion se comprende bien que á pesar de esfuerzos tan continuados y de movimientos tan portentosos como complexos sólo pueda tener lugar cuando el feto esté muerto: de otro modo la evolucion seria imposible. No nos detenemos en detallar lo relativo á la version natural porque su mecanismo es sencillísimo, pues se reduce á la trasformacion de la situacion trasversa en longitudinal por sólo los esfuerzos uterinos.



La sinópsis que hemos acabado de hacer, de las ventajas, dificultades y peligros del trabajo del parto en cada una de las presentaciones y posiciones, demuestra que de todas, las únicas que deben considerarse como tipo de parto natural ó eutócico son las anteriores de vértice. Si la consecuencia

que hemos deducido es ineludible, claro está que conviene trabajar por que esa sea la única manera con que en lo sucesivo se aboquen los productos; y como solamente en México es donde esta idea tiende á generalizarse cada dia más, importa divulgarla, con tanta mayor razon, cuanto que los hechos abogan en su pró y justifican su preconizacion. En Europa, MM. Playfair y Pinard, posteriormente á nosotros, han emprendido la misma cruzada; pero en Francia la estadística, hasta ahora al ménos, es poco numerosa, y los procedimientos propuestos dejan mucho que desear.

Si la moderna Escuela tocológica mexicana hubiera contado únicamente con el tacto vaginal para hacer el diagnóstico de las presentaciones y posiciones, de seguro que poco ó nada se habria conseguido; pero como no es así, como con auxilio de la palpacion abdominal y de la auscultacion [1] puede llegarse á conocer con la oportunidad deseable (desde el sétimo mes) las situaciones absoluta y relativa del producto de concepcion, la cuestion se simplificó y quedó reducida tan sólo á encontrar medios eficaces, á la par que inocentes, con los que fuera dable conseguir la realizacion de tan humanitario pensamiento. En esto consistia el *desideratum.*

Los medios dichos, palpacion y auscultacion, dan á conocer de un modo preciso la presentacion que el feto tiene en los momentos en que la naturaleza ejecuta el acomodamiento del producto, y fija la presentacion y posicion en que más tarde se ha de resolver el parto; presentacion y posicion variables, pues pueden ser cualquiera de las que hemos referido, quiere decir, de vértice, pelviana, de tronco ó de cara, siendo primitivas, unas veces, y consecutivas otras. Llama mucho la atencion que en Europa se crea que algunas, las de tronco y las de cara, por ejemplo, siempre son *consecutivas*, (lo que tambien se ve en México); más comunmente se observa aquí que primordialmente sean *primitivas*, como puede comprobarse con la estadística de la Casa de Materni-

1 Este artificio entró en la práctica nacional y en la enseñanza clínica desde el año de 1869. Esto me consta de modo que no me cabe duda.

dad. Cuando se estudian con el debido detenimiento los fenómenos de acomodamiento, luego se echa de ver que no hay razon alguna para rechazar los abocamientos primitivos de tronco ó de cara y sólo la haya para admitir los consecutivos. Los momentos propicios en que la naturaleza acomoda al producto deben ser aquellos en que está próximo á tocar á su perfecto desarrollo, pues entónces es cuando importa que se sitúe en cierta actitud y que se adapte á la forma y capacidad del órgano gestador, ó sea el continente: de no ser así, ni éste podria alojarle, ni él podria llegar al término de su evolucion.

La época en que estos fenómenos se verifican son perfectamente apreciados siempre que el partero se fija é informa, pues no hay mujer alguna que en los últimos meses de su preñado no sienta que el vientre se endurece, se pone resistente, y que este endurecimiento es doloroso á veces. Esta tension ó tirantez, sóla ó acompañada de dolor, es el trabajo mismo de acomodacion insinuado y llevado á cabo en la mayoría de hechos por la contraccion uterina. Es muy digno de notarse, tambien, que estas contracciones varien en cuanto al tiempo de su aparicion, y que el fenómeno esté íntimamente correlacionado con la tonicidad de los elementos histológicos de cuanto constituye al continente. Por eso se ve que en las nulíparas la acomodacion se hace desde el sétimo mes, y en las multíparas á veces se retarda hasta pocos momentos ántes del parto.

El partero no debe perder de vista ninguno de los datos enunciados, pues gracias á ellos le es dado salvar muchas vidas y prevenir muchas desgracias. A esta manera de ver y proceder se debe el que en la Casa de Maternidad de México se ofrezcan pocos casos de distocia fetal, y que los partos sean eutócicos, con raras excepciones.

Una vez reconocidas las situaciones absoluta y relativa del producto en un embarazo dado, y ratificado el diagnóstico, si de éste resultare que el feto se halla en una situacion viciosa, desde luego debe recurrirse á emplear alguno de los recursos que la Escuela mexicana tiene para realizar su *desideratum*, recursos que paso á describir y consisten

en la *conversion, inversion* y *regularizacion, por maniobras externas.*

La *version por maniobras externas*, que abraza á la *conversion* y á la *inversion*, es un artificio bipolar que tiene por objeto cambiar la presentacion trasversa en longitudinal, ó una longitudinal, de manera que el feto naturalmente abocado por la extremidad pélvica resulte luego abocado por la cefálica, y el que se presente por la cabeza quede luego presentado por el asiento, en los raros casos en que esta situacion sirve para allanar alguna dificultad, v. g., la que puede ofrecer lo estrecho del arco pubiano. En todos estos casos se procura que la posicion del feto sea *dorso-anterior*, ora sea cefálica, ora pelviana, pues tanto en una como en otra el trabajo se abrevia porque la puerta de salida del extremo de los diámetros largos, es más accesible y está más cerca delante que detrás; quiere decir, por la comisura anterior de la vulva que por la posterior; no debiendo perderse de vista que el canal pelviano es un túnel ó camino encorvado cuya pared anterior mide en Europa 0m035 y en México 0m055 (promedio), miéntras que la posterior aquí y allá tiene 0m250, lo que importa una notable diferencia bajo el punto de vista de la duracion del trabajo y bajo el de sus consecuencias, respecto de las mujeres y respecto de los niños.

La *version*, segun hemos indicado ya, la divide el Sr. Rodriguez en *Inversion* y *Conversion*: además, hay otra maniobra que suele ser complementaria de una ú otra y que dicho profesor designa con los nombres de *Trásformacion* ó *Regularizacion.*

La *inversion*, como su nombre lo indica, consiste en la sustitucion de la extremidad abocada del ovoide fetal por la que está diametralmente opuesta, y se especifica con el nombre de la nueva presentacion. La base de la maniobra en cuestion está fundada en la conjugacion armónica de los diámetros del continente y del contenido. Si los diámetros largos del ovoide fetal no se acortan de alguna manera para que puedan conjugarse con los de la matriz, la inversion no puede realizarse y es justamente una de las dificultades que de

pronto ocurren cuando por primera vez se piensa en la inversion. Si uno tratase de hacer girar las dos extremidades del ovoide en otro sentido que en el de la flexion natural del feto, sucederia, que ejerciendo la violencia hácia los planos laterales, la reduccion se limitaria por la aproximacion misma de las costillas, y hácia atrás, la columna vertebral podria fracturarse, y, cuando eso no sucediera, al recobrar violentamente su primitiva situacion contundiria al útero y acaso le romperia, accidentes cuya trascendencia nadie desconoce.

Por otra parte, al intentar siquiera la rotacion indicada se tropezaria con tanta dificultad como la hay en la rotacion del diámetro occípito-mentoniano cuando la cabeza está dentro del canal: así pues, para que la inversion sea practicable es necesario que la flexion del feto se verifique en un sentido tal que su vida se conserve, que su organismo no sufra, y esto se logra haciéndola en el sentido del plano esternal. Por esta razon cuando Wigand hablaba de la version por maniobras internas aconsejaba que tomados el pié ó los piés, con la mano libre al propio tiempo se comprimiera la extremidad cefálica, con lo que se facilitaba el descendimiento y se mantenia la flexion del producto. La *inversion* puede ser *cefálica* ó *pelviana*. En la version por maniobras internas, segun puede verse en los Tratados de Obstetricia, la version cefálica está proscrita ó al ménos restringida á un corto número de casos, y siempre pospuesta á la version podálica, que es la comunmente usada.

En la *version por maniobras externas* las cosas pasan de un modo enteramente contrario: miéntras la *inversion podálica* tiene un campo de accion muy limitado, la *cefálica* abarca una extension que cada dia tiende á ensancharse más y más, y el por qué se comprende sin esfuerzo, aunque sólo sea, 1º, porque el tiempo no le fija límite ni le apremia, y por lo mismo hay lugar para elegir la ocasion y el momento propicio; y 2º, porque es la que se ejecuta con más facilidad, relativamente hablando; lo que no sucede con la version por maniobras internas que generalmente se hace en condiciones antitéticas.

Inversion por maniobras externas.—En la inversion cefálica, como ántes se ha dicho, es interesantísimo que la posicion definitiva resulte *dorso-anterior:* para lograrlo el manual operatorio varía con el compartimiento que ocupa el producto, ó, lo que es lo propio, segun que esté en posicion pelviana dorso-anterior ó dorso-posterior. En el primer caso, cuando el dorso está hácia delante, la inversion se ejecuta de la manera siguiente: Comiénzase por recomendar á la mujer que esté en ayunas y que vacie el recto y la vejiga; despues se le hace acostar boca arriba con las piernas dobladas para que las paredes del vientre se laxen, y, previa rectificacion del diagnóstico, un ayudante hace el tacto uterino á través del segmento de la matriz y no del cuello, primero por ser difícil y peligroso, y segundo por no ser indispensable. Teniendo bien educada la facultad táctil se pueden percibir con la apetecible claridad cada uno de los detalles que el operador tiene que exigir de su guía para que la maniobra no fracase y además tenga su puntual y deseado verificativo. Hecho esto, el operador coge la cabeza del feto con la mano con que pueda asirla mejor, en tanto que la otra toma la extremidad pelviana en su porcion accesible.

Tomado ya el ovoide fetal por sus dos polos, se empieza á ejecutar el movimiento de flexion en el sentido del plano external haciéndole girar á la vez en torno del eje longitudinal, para que el dorso, situado delante, camine primero atrás y luego adelante, y el pecho, que ve atrás, venga primero delante y despues quede detrás, haciendo descender asimismo la cabeza y subir las nalgas, encajando á la primera en el estrecho y fijando la posicion conforme lo indicare el ayudante. Inmediatamente despues se rectifica la nueva presentacion y posicion con auxilio de la palpacion y de la auscultacion. La cabeza no se siente ya en la zona polar superior, y en su lugar hay un tumor voluminoso depresible, la extremidad pelviana. Con el compás de la mano puesto arriba del púbis se siente un cuerpo esferoide resistente, más duro que el opuesto (la cabeza), seguido de un cilindroide pequeño (la nuca), y á continuacion un gran cilindro (el dorso). La

auscultacion da á conocer el máximum de los latidos del corazon del feto en la zona sub-umbilical y la propagacion es hácia arriba mayor que abajo y trasversalmente. Estos datos pueden encontrarse ya á derecha, ya á izquierda, segun fuere la posicion definitiva; pero de todos modos caracterizan una presentacion dorso-anterior de vértice, primera ó ó segunda.

En las presentaciones pelvianas posteriores, despues de preparar y colocar á la mujer como se ha dicho, y listo el ayudante que hace el tacto, el operador toma la cabeza con la mano derecha y desprende á la par la extremidad pelviana, asida lo mejor que se puede en su posicion accesible; se inicia luego la flexion en el sentido del plano esternal bajando por un lado la cabeza y subiendo por el opuesto las nalgas, hasta que la primera sustituye á la segunda, concluyendo con acomodarla y fijarla en el estrecho siguiendo las indicaciones del ayudante y las que de sí dé la palpacion abdominal al ejecutar la operacion, rectificándolo despues por medio de la auscultacion. El manual operatorio es más sencillo en este caso que en el anterior, lo cual se comprende desde luego si se reflexiona que aquí el programa del movimiento consiste en combinar la flexion con la dislocacion, miéntras que allí entra un nuevo factor que ofrece dificultades cuando por falta de práctica todavía no se han logrado adquirir la sangre fria y la destreza que tan delicada maniobra requiere, pero que en fuerza de repetirla se facilita. Cuantas personas hemos visto al Sr. Rodriguez llevar al terreno de los hechos la maniobra que en sus manos ha alcanzado un grado tan alto de perfeccionamiento, conseguido lo que desea y que es tangible, no hemos podido ménos de quedar agradablemente sorprendidos del resultado, el cual surge de las hábiles manos del operador como si se tratara de una sencilla suerte de prestidigitacion. El asombro crece, sobre todo, si comparamos los resultados obtenidos en la Maternidad de México con lo que aun los mismos partidarios de la maniobra, Mr. Pinard entre otros, refieren acerca de los obstáculos con que hay que luchar en muchos casos (obstáculos insuperables á veces) que en Europa tanto

han restringido la cifra de los éxitos, y de consiguiente hacen que se designen allí como verdaderos impedimentos de su generalizacion, sin contar con que para los franceses, por ejemplo, el parto por la extremidad pelviana, que aquí es reputado (con sobrada razon á fe) *contranatural*, allá está comprendido en la *eutocia natural*, por lo que no se ocupan de trasformar el abocamiento, cual lo propone y practica aquí el Sr. Rodriguez á fin de no perder de vista el punto objetivo de la Escuela tocológica mexicana, su *desideratum*.

En uno y otro caso, no sólo es conveniente, sino indispensable, asegurarse por medio de la palpacion, de la auscultacion, y del tacto vaginal, de que al bajar y situar la cabeza en el estrecho superior no se extienda afrontándose por la cara en vez de abocarse por el vértice, y excusado nos parece insistir en la importancia capital de esta averiguacion, siendo muy sabido que el parto facial cuando es fronto-anterior y la cabeza no gira, es materialmente imposible.

Importa muchísimo no insistir en las maniobras de la inversion cuando el feto oponga una resistencia tenaz á la potencia dislocadora ó falte la movilidad requerida, ó al practicar la auscultacion se oiga un soplo isócrono con los latidos fetales, pues esto último indica que existe una cortedad accidental del cordon, é implica por tanto la amenaza de un peligro que una imprudente insistencia originaria la muerte del feto (rotura del cordon), y tal vez de la madre (rotura de la matriz, despegamiento parcial ó total de la placenta). De la cortedad accidental del cordon como contraindicacion de la inversion por maniobras externas tenemos un hecho que presenciamos en la Maternidad y que dió márgen á una leccion del profesor de clínica Sr. Rodriguez, quien la señaló fundándose en buenas y sólidas razones que dejaron convencidos y plenamente satisfechos los ánimos de cuantos componiamos su auditorio. La historia pormenorizada de este caso corre impresa en el periódico de la Sociedad *Pedro Escobedo.* Abandonada la empresa, el tiempo vino á confirmar el juicio del profesor y á sancionar su conducta. El parto se hizo por el extremo pelviano; el feto nació ofreciendo á la vista dos vueltas del cordon enredado

en el cuello y luego cabalgamiento, á todo lo cual se prestó la exagerada longitud que tenia el tallo funicular (0m95.)

Este hecho, hasta ahora único en su especie en lo relativo á la inversion que nes viene ocupando, por ser la primera vez que en la Maternidad se haya visto fracasar la dislocacion del feto por maniobras externas, es de una utilidad práctica innegable. La leccion ántes dicha fué recogida por el profesor D. Manuel Ramos y corre impresa en el periódico citado.

La inversion pelviana por maniobras externas no ha sido ejecutada aquí todavía, no porque pueda ofrecer mayores dificultades durante su ejecucion, sino porque sus indicaciones son muy restringidas y no se ha dado aún un sólo caso que la demande formalmente.

Conversion.—Esta operacion consiste en cambiar una presentacion trasversa en otra longitudinal, de tal manera, que el producto abocado con el estrecho por cualquiera de sus planos laterales despues de la operacion se aboque por el cráneo (vértice) ó por el asiento (pelviano). En las presentaciones trasversales, conforme se ha visto ántes, la cabeza puede ocupar la fosa ilíaca izquierda ó la derecha, y el dorso mirar hácia adelante ó hácia atrás: cuando el dorso esté hácia delante, primera de hombro derecho y primera de hombro izquierdo, y se trate de hacer la conversion cefálica, el manual operatorio consiste en preparar y colocar á la mujer segun hemos dicho al tratar de la *inversion*. Un ayudante introduce el dedo índice en la vagina y guia al operador. Este toma con una mano la cabeza y con otra el extremo pelviano, y á la vez que baja á la primera, alza ó levanta el polo opuesto, dirigiendo aquella en direccion del estrecho y á éste en la del fondo ó segmento superior de la matriz. Terminado que sea este movimiento, asida por la nuca la cabeza, procura acomodarla y encajarla de modo que sus diámetros longitudinales se conjuguen con alguno de los dos oblícuos del estrecho (el lado es indiferente). Logrado que esto sea, se rectifican la presentacion y la posicion por medio de la palpacion abdominal, de la auscultacion y del tacto, y si los datos adquiridos con tan eficaces

auxilios son favorables se da por terminada la maniobra.

Cuando el plano external estuviere hácia delante (segunda de hombro derecho y segunda de hombro izquierdo) es de grande interes fijarse en el manual operatorio, pues podria acontecer lo que suele pasar en la *inversion*, esto es, que una vez hecha, el producto resulte colocado en posicion cefálica occípito-posterior, cuya situacion sabemos ya las dificultades que opone á la verificacion del parto, especialmente en las nulíparas, así como tambien las maniobras que exige cuando no ha lugar naturalmente el movimiento de rotacion. En la conversion de las presentaciones de tronco dorso-anteriores el fin se consigue sin esfuerzos ni gran trabajo; pero en la de las dorso-posteriores no es lo mismo, pues á la maniobra de dislocacion bipolar hay que añadir la que tiende á hacer girar al tronco en torno de su eje longitudinal, para que el dorso resulte hácia delante y hácia atrás el plano external, lo cual se consigue poniendo mucha atencion en lo que se hace y armonizando los movimientos de traslacion y de rotacion.

Trasformacion ó regularizacion.—Réstanos tratar de la *trasformacion* ó *regularizacion*, maniobra que se ejecuta con la mira de cambiar el abocamiento facial por el cefálico en las posiciones fronto-anteriores, las más penosas y las que con mayor frecuencia demandan cuidados prolijos y socorros que no siempre son eficaces. Con la *regularizacion* lo difícil y peligroso truécase en fácil, supuesto que, una vez trasformadas, las posiciones primera y segunda faciales resultan primera y segunda de vértice, situaciones las más favorables para el dinamismo eutócico.

Trasformacion.—Esta operacion consiste en levantar la pélvis de la mujer para hacer bajar al fondo de la matriz, tomar luego con la mano correspondiente, á través de la parte inferior de la pared útero-abdominal, el tronco del feto, llevándole hácia la parte declive, y con la mano opuesta comprimir el tumor cefálico abajo y atrás, lo más cerca posible de la nuca; entretanto un ayudante, que de antemano ha introducido un dedo en la vagina, está atento á los procedimientos del que opera, y luego que siente que el tumor

disminuye, uno y otro de consuno ratifican ó rectifican lo hecho. Lograda la maniobra, y ya madura la fuente, se rompe la bolsa de las aguas, con lo cual queda definitivamente fijada la nueva presentacion.

***

Siempre que en nuestro arte el éxito corona un pensamiento feliz ó una maniobra más ó ménos ingeniosa, quienquiera está autorizado para preconizarles á la faz del orbe como válidos, hacederos y benéficos, sobre todo si uno ú otra tienen por mira el mantenimiento de la vida, el ahorro de dificultades, de manipulaciones y de dolores que puedan comprometerla siquiera sea remotamente. La *eutocia no natural*, frente á frente de la *eutocia natural*, forman el mismo contraste que lo difícil y lo fácil, lo peligroso y lo inofensivo, lo escabroso y lo llano. El pensamiento de convertir lo uno en lo otro, marcando la época propicia, fijando las reglas para la ejecucion y señalando los medios para su mantenimiento, á todas luces es humanitario, y por lo tanto bueno, loable es trabajar en su divulgacion y generalizacion, menospreciando la rutina, que es, como si dijésemos, el peor de los escollos que se atraviesan medio á medio en la via del adelantamiento y del progreso del saber humano sea cual fuere la índole de la materia que se verse.

La ya numerosa serie de hechos clínicos que abogan en pró de la generalizacion de la *conversion, inversion y regularizacion por maniobras externas* prueba que no es exacto lo que asienta Mr. Pinard, quien (si hemos de juzgar por su estadística) no ha sido tan feliz como aquí el Sr. Rodriguez, particularmente en lo de fijar las cabezas, abocadas ya con el estrecho superior: como igualmente muestra que son inexactos los conceptos de Mr. Playfair, quien terminantemente da su voto negativo y reprobatorio á la *inversion por maniobras externas*.

No nos detendrémos en contradecir las aseveraciones del profesor de obstetricia y ginecología en el Real Colegio de

Lóndres, porque tocan á la destreza y pericia que no á todos son dadas, ni son dotes que Dios concede siempre por iguales partes; pero sí apuntarémos algo siquiera, respecto de las de Mr. Pinard.

Cuantos hemos visto hacer las maniobras externas en los casos que están formalmente indicadas hemos podido observar, que siempre que hay gran movilidad en el feto á causa de la notable diminucion de la tonicidad uterina y abdominal (multíparas), de la abundancia de aguas amnióticas, de la pequeñez del producto, verbi gracia, terminada la operacion, el feto tiende á dislocarse saliendo la cabeza del estrecho donde acababa de ser encajada: tambien hemos podido notar que en ciertos casos, con efecto, no se logra encajar la cabeza, que entónces sólo queda afrontada, superpuesta, lo que suele ocasionar su desviacion hácia una ú otra fosa. Pero en todos estos hechos el resultado final no por eso ha dejado de ser satisfactorio, pues *cuidando de conservar al feto en situacion longitudinal, al cabo de horas ó de unos cuantos dias, á más tardar*, la cabeza ha entrado, se ha fijado, y los partos se han realizado en la presentacion y posicion deseadas, todo ello sin excepcion, y con sólo el auxilio de un medio sencillísimo que mantiene longitudinalmente inmóvil al producto.

Este medio consiste en unos cojinetes rellenos de salvado, de algodon ó de paja de avena, ó en compresas graduadas, colocados á los lados del vientre, donde se les sujeta con una cincha de lienzo que luego se adapta á la forma abovedada del vientre y se mantiene en su lugar sujetándola con alfileres de seguridad. Una de las recomendaciones en que insiste mucho el Sr. Rodriguez es la *vigilancia*. Como el vendaje puede aflojarse, como el útero puede entrar en contraccion, la holgura por una parte, el movimiento orgánico de la matriz por otra, pueden desbaratar lo hecho ó desarreglarlo cuando ménos: mas entónces ó se repite la maniobra ó se vuelven las cosas al estado en que se les dejó ó se acojina mejor el vientre y se sujeta un poco más la venda.

Se procede á nulificar los efectos de la contractilidad sus-

citada por las manipulaciones con el opio, que se ministra en lavativas (de 10 á 12 gotas de láudano de Sydenham en dos cucharadas de agua) hasta obtener la perfecta quietud del órgano gestador. A estos medios debe agregarse la postura horizontal, que en casos tales contribuye á mantener al feto en la situacion requerida. En algunos, particularmente aquellos en que la cabeza sólo puede quedar superpuesta en el estrecho, el Sr. Rodriguez, al contrario, recomienda la posicion vertical, pues cuenta entónces para fijarla, con el peso del feto, con las contracciones uterinas que provoca la ambulacion, y por último, con la accion reguladora del promontorio. Pasados unos cuantos dias, la acomodacion regular se hace, el ovoide fetal se fija en la situacion ántes propuesta y la salvadora maniobra se complementa.

Alguien ha manifestado temores de que la dislocacion por maniobras externas pudiera causar al feto alguna lesion, leve ó grave; una contusion, una luxacion, una fractura v. g. Bien puede suceder: eso y mucho más cabe en lo posible. Pero es el caso que hasta ahora, los productos han venido al mundo ilesos siempre, lo cual sirve de garantía al procedimiento y á las maniobras recomendadas, y por lo mismo es un aliciente que convida á ejecutarlas. Admitida la posibilidad del riesgo que pueda correr el feto, y aun la madre (rotura de la matriz, demos por caso), lo único que eso quiere decir es, que el operador debe cuidar de que las manipulaciones sean exigidas por la necesidad, ante todo, guiadas por el espíritu de idoneidad que debe presidir á toda maniobra, sea cual fuere, normadas por reglas bien establecidas, y rodeadas de cuidados y precauciones esmeradísimos. Es preciso tener presente siempre que con el arte, y no con la violencia, ni con la pujanza, *Arte non vi*, se deben ejecutar las operaciones obstetriciales, sean manuales ó instrumentales, por maniobras externas ó por mixtas. Teniendo esto á la vista, y andando con cautela, claro es que ha de disminuir el número de las probabilidades de fracasos ó desgracias.

* * *

Para dar cima á este trabajo vamos á tener el gusto de consignar, á modo de resúmen, las proposiciones con que el profesor Rodriguez acostumbra terminar sus lecciones clínicas sobre la importante tésis que hemos deslindado.

« 1ª El parto natural irreprochablemente eutócico sólo se « observa en las presentaciones cefálicas occípito-anterio- « res (1ª y 2ª de vértice) y cuando en los occípito-poste- « riores el movimiento de rotacion es tan completo que la « 4ª se convierta en 1ª y la 3ª en 2ª de vértice.

« 2ª Los partos en los abocamientos cefálicos occípito- « posteriores no son irreprochablemente fisiológicos cuando « el movimiento de rotacion hácia adelante no se completa, « ó cuando se hace en sentido contrario, quiere decir, hácia « atrás. En las nulíparas tales partos son difíciles y peligro- « sos; en las multíparas únicamente son difíciles.

« 3ª El parto en la presentacion pelviana suele ser eutó- « cico en las multíparas; pero generalmente es peligroso y « difícil en nulíparas y multíparas.

« 4ª El parto en el abocamiento de tronco es físicamente « imposible. Aunque la naturaleza, á última hora y bajo « ciertas condiciones, ejecute la version ó la evolucion im- « propiamente llamadas *espontáneas*, nadie debe contar con « ellas, ni atenerse á esas eventualidades, porque no pueden « preverse ni determinarse de antemano.

« 5ª El parto por la region facial es factible en ciertas cir- « cunstancias, particularmente si las posiciones son fronto- « posteriores (3ª y 4ª) y cuando en las fronto-anteriores « (1ª y 2ª) un amplio movimiento de rotacion conduce la « barba hácia el arco pubiano.

« 6ª El parto por la region facial es imposible si las posi- « ciones son fronto-anteriores (1ª y 2ª) y la barba no gira « adelante. Cuando sucede lo contrario, ya sea que la cabe- « za baje siempre extendida, ya sea que la presentacion se « trueque en cervical, el fenómeno se explica por la peque- « ñez relativa de la cabeza, ó por la muerte del producto, en

« cuyo caso los tejidos pierden su tonicidad y no oponen una « resistencia insuperable.

« 7ª Vistos y comprobados los peligros y dificultades de « que por su naturaleza misma están erizados los partos « cuando los fetos maduros no se presentan por la region « cefálica, el pretender que los abocamientos pelvianos, de « tronco y faciales se trasformen en presentaciones de vér- « tice es loable.

« 8ª Si semejante pretension es practicable; si el procedi- « miento general y las maniobras especiales son de fácil eje- « cucion; si en nada comprometen la salud ni la vida de las « mujeres y de los productos; y si, en fin, son coronados de « éxito, el procedimiento y las maniobras preconizados co- « mo salvadores deben ser librados á la circulacion en la « práctica obstetricial y aceptados ampliamente.

« 9ª Las maniobras de que se hace referencia son: la *con-* « *version* en los abocamientos de tronco, la *inversion* en los « pelvianos, y la *regularizacion* en los faciales. El procedi- « miento general de ejecucion es la *manipulacion exterior*, « bipolar en unos casos y bimanual en otros.

« 10ª Como la movilidad del producto es una de las más « importantes condiciones del artificio, el éxito es más fácil « y seguro cuando se emplea en su oportunidad. Desde pa- « sado el 7º mes hasta el término del embarazo, y durante el « trabajo del parto, miéntras la fuente subsista intacta, hay « plazo bastante para apelar á él. Pero como la movilidad « del producto está en razon inversa de su desarrollo, lo con- « veniente es ejecutarle lo más distante posible del fin de la « preñez. Para evitar dificultades la mujer estará en ayu- « nas y con el recto y la vejiga vacíos.

« 11ª No me cansaré de repetir el consejo que vengo dan- « do desde hace trece años: *Vistas las ventajas efectivas de* « *esta práctica, divúlguese cuanto se pueda y amonéstese á to-* « *da embarazada para que pasado el 7.º mes del preñado se* « *haga reconocer por un partero inteligente, á fin de que con* « *la anticipacion debida y en su oportunidad se arregle lo que* « *hubiere por arreglar.*

« 12ª Como la inmovilidad del feto, que dificulta y hasta

« puede oponerse á la ejecucion de las maniobras, pudiera « depender de otras causas que no sean ni el desarrollo del « producto, ni la escasez relativa de aguas amnióticas, sino « de preñez gemelar, de cortedad natural ó accidental del « cordon, de adherencias de los tegumentos del feto y la « membrana amniótica, despues del fracaso de prudentes « tentativas, la conversion y la inversion por maniobras ex- « ternas están formalmente contraindicadas. Una vez diag- « nosticado el embarazo gemelar no debe ni pensarse siquie- « ra en tales recursos. El objeto de esta prohibicion es im- « pedir los funestos efectos de la violencia que muy bien « podria ocasionar el despegamiento parcial ó total de la « placenta, la rotura del cordon funicular ó la de la matriz.

« 13ª El adolorimiento de la pared del vientre y las con- « tracciones uterinas dolorosas que suelen sobrevenir por la « manipulacion se, corrigen con la quietud, con aplicaciones « tópicas narcóticas y anestésicas, lavativas laudanizadas « é inyecciones hipodérmicas de una sal de morfina.

« 14ª Para lograr el aseguramiento definitivo de las ven- « tajas que se obtienen en virtud de las operaciones cuya « generalizacion he preconizado el primero, se colocan coji- « netes ó compresas en los flancos, se fijan con un vendaje « circular el cual se ajusta y amolda luego á la forma abo- « vedada del vientre con alfileres de seguridad. Cada dos « dias, ó ántes si urgiere, se inspecciona si el feto continúa « ó no en la situacion en que se le dejó. Cuando todo esté « en órden nada se hace; cuando hubiere algo que merezca « correccion, se corrige; despues se aplica la venda. Tras- « currido algun tiempo se insiste en la revision y en las cor- « recciones, hasta quedar seguros de que todo se halla en « condiciones satisfactorias. »